

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES
**ENCUESTA SOBRE LA REUNIÓN
DEL PLAN DE ATENCIÓN**
PLAN OF CARE MEETING SURVEY

TO BE COMPLETED BY DDD STAFF	
POC MEETING DATE	
WAIVER:	
<input type="checkbox"/> Basic	<input type="checkbox"/> Core <input type="checkbox"/> Basic Plus
<input type="checkbox"/> Community Protection	

Esta encuesta es voluntaria y confidencial. Sus servicios no se verán afectados por su opción de participar o no en esta encuesta. Ésta nos ayudará a mejorar el proceso del Plan de Atención.

¿Cuál es su parentesco con la persona que recibe los servicios?

Yo soy la persona que recibe los servicios. Familiar/tutor Personal pago Amigo/Defensor

ENCUESTA

NO.	PREGUNTA	(1) SÍ	(2) NO ESTOY SEGURO	(3) NO
1.	Durante el proceso del plan de atención, ¿lo trató con respeto y cortesía el Administrador del Caso?			
2.	¿Le preguntó el Administrador del Caso si tenía alguna preocupación con respecto a sus servicios actuales?			
3.	¿Se discutieron sus preocupaciones y se incluyeron en el proceso de planificación?			
4.	¿Ayudó con la creación de su nuevo Plan de Atención?			
5.	¿Recibió información sobre qué servicios están disponibles en su exención para satisfacer sus necesidades evaluadas?			
6.	¿Se le dieron las opciones de servicios que están disponibles en su exención para satisfacer sus necesidades evaluadas?			
7.	¿Se le dieron las opciones de proveedores de servicios?			
8.	¿Hizo los planes necesarios para satisfacer sus necesidades y metas para los servicios de la exención y otros?			
9.	¿Se discutieron sus necesidades de salud y seguridad?			
10.	¿Se hicieron los planes para satisfacer sus necesidades de salud y seguridad?			
11.	¿Hizo planes para casos de emergencia, tales como un terremoto o si su proveedor no estuviera disponible?			
12.	¿Recibió información sobre qué hacer si sus necesidades cambiaran antes de la próxima reunión de planificación anual?			
13.	¿Recibió información sobre cómo presentar una queja o cómo solicitar una audiencia imparcial?			
14.	Sírvese utilizar el siguiente espacio para comentarios adicionales; o para dar sugerencias sobre cómo mejorar el proceso del Plan de Atención.			

DSHS 15-295 SP (12/2004)

Remita esta encuesta utilizando el sobre adjunto con dirección y franqueo pagado o envíela por correo a:

Department of Social and Health Services
Division of Developmental Disabilities (DDD)
Attention: Quality Assurance
PO Box 45310
Olympia WA 98504-5310